



240104PT19997

# Solicitud de reembolso de impuestos sobre la propiedad, alquiler y calefacción de Colorado 2024

Marque aquí si esta solicitud se presenta para corregir una solicitud PTC 2024 presentada anteriormente.

## Información del contribuyente

• Apellido (del aplicante) • Primer nombre • Inicial del segundo nombre

Fallecido/a: Sí • Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) • SSN o ITIN

• Licencia de conducir /Número de identificación de Colorado • Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA)

• Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

## Información del cónyuge - Solo llene esta sección si está casado/a o tiene una pareja.

• Apellido (si está casado/a) • Primer nombre • Inicial del segundo nombre

Fallecido/a: Sí • Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) • SSN o ITIN

• Licencia de conducir/número de identificación del cónyuge • Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA)

• Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

## Dirección postal

Dirección física Número de teléfono

Ciudad Estado Código postal

Dirección postal (si es diferente de la dirección física) Dirección de correo electrónico

Ciudad Estado Código postal

Si no vivió en la dirección indicada anteriormente durante todo el año 2024, debe incluir una lista de las direcciones en las que vivió durante el año 2024 y las fechas en que vivió en cada ubicación.



240104PT29997



Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)    Primer nombre (el mismo de la página 1)    Inicial del segundo nombre

SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)    Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

Marque la primera casilla que corresponda a usted o su cónyuge/pareja. Si no aplica ninguno, no complete este formulario porque no califica para este reembolso.

- **A.** Tener 65 años o más al 31 de diciembre de 2024.
- **B.** Viuda o viudo que tenga al menos 58 años de edad al 31 de diciembre de 2024.
- **C.** Totalmente discapacitado durante todo el año 2024 y recibió el pago de beneficios completos del Seguro Social, SSI o el Departamento de Servicios Humanos basándose únicamente en dicha discapacidad.
- **D.** Totalmente discapacitado durante todo el año 2024 y recibió el pago de beneficios completos de un plan o fuente pública o privada de buena fe basado únicamente en dicha discapacidad. Debe incluir prueba de discapacidad (consulte la página 4 del libro de instrucciones para ver ejemplos de prueba).

Indique en los cuadros a continuación los montos **totales** recibidos de enero a diciembre de 2024. Si son conjuntos, sume los ingresos de ambas partes antes de enumerar el total. **No** ingrese sus montos mensuales

- |   |   |   |  |    |
|---|---|---|--|----|
| 1. Ingrese la cantidad de meses (1-12) que recibió Medicare durante 2024. Si sus primas de Medicare fueron pagadas por Medicaid, ingrese 0..... | • | 1 |  | 00 |
| 2. Beneficios del Seguro Social, SSI y/o A.N.D.....   | • | 2 |  | 00 |
| 3. Pensión de vejez de Colorado.....  | • | 3 |  | 00 |
| 4. Pagos de pensión privadas o VA recibidos.....  | • | 4 |  | 00 |
| 5. Sueldos, salarios y propinas.....  | • | 5 |  | 00 |
| 6. Intereses y dividendos.....  | • | 6 |  | 00 |
| 7. Otros ingresos.....  | • | 7 |  | 00 |
| Explicar otros ingresos   |   |   |  |    |





240104PT39997



Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)    Primer nombre (el mismo de la página 1)    Inicial del segundo nombre

SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)    Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

**Ingrese sus gastos de impuestos a la propiedad, alquiler y calefacción.**

- 8. Si pagó el impuesto a la propiedad de 2023 en 2024, ingrese el monto aquí..... ● 8 00
- 9. Si pagó alquiler, ingrese aquí el total del año..... ● 9 00
- 10. Si pagó gastos de calefacción o combustible, ingrese aquí el total del año..... ● 10 00
- 11. ¿Están sus comidas incluidas en los pagos de su alquiler?..... 00
  - No    Si        Solo parte del año, ingrese el monto    ● 11
- 12. ¿Su calefacción estaba incluida en sus pagos de alquiler? 00
  - No    Si        Solo parte del año, ingrese el monto    ● 12

**13. Reembolso del impuesto estatal sobre las ventas**

Si califica, su reembolso del impuesto estatal sobre las ventas será de \$177 si es soltero o de \$354 si presenta una declaración conjunta.

14. Si califica, evaluaremos su elegibilidad para el Crédito fiscal sobre la renta para personas de la tercera edad calificadas por ingresos para fines de beneficio de costo de vivienda. Vea las instrucciones.

**Deposito directo**

Número de ruta		Tipo:	Cuenta corriente	Cuenta de ahorros
Número de cuenta				





240104PT49997



Apellido (del aplicante) (el mismo de la página 1)    Primer nombre (el mismo de la página 1)    Inicial del segundo nombre

SSN o ITIN (el mismo número de la página 1)    Identificación alternativa (emitida por el Departamento de Ingresos)

---

Declaro bajo pena de perjurio en segundo grado que, a mi leal saber y entender, la información contenida en este documento es verdadera, correcta y completa. Además, autorizo al Departamento de Ingresos a comunicarse con las agencias apropiadas para verificar cualquier información proporcionada en este formulario y las agencias están autorizadas a divulgar dicha información al Departamento de Ingresos.

Su firma

Fecha (MM/DD/AA)

Firma del cónyuge / pareja

Fecha (MM/DD/AA)

Preparado por

**Enviar por correo a:** Colorado Department of Revenue, Denver, CO 80261-0005

La traducción de este documento se proporciona únicamente con fines informativos y de conveniencia. Cualquier discrepancia o diferencia creada por la traducción de este documento no pretende alterar el significado de la versión en inglés. Si surge alguna pregunta relacionada con la información contenida en el documento traducido, consulte la versión en inglés.

